

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE **N° 77**

A propos d'un cas d'œdème unilatéral du membre inférieur au cours de la grossesse

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
DE MONTPELLIER

LE 27 JUILLET 1945.

PAR

HENRI COMMEINHES

Né à Saint-Thibéry, (Hérault), le 7 avril 1921.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. AIMES, Professeur, *Président*,
JAMBON, Professeur,
BERT, Agrégé,
CADERAS DE KERLEAU, Agrégé.

Assesseurs

Imprimerie du Sud
J. RODRIGUEZ - BÉZIERS

1945

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 77

A propos d'un cas d'œdème unilatéral du membre inférieur au cours de la grossesse

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
DE MONTPELLIER

LE 27 JUILLET 1945.

PAR

HENRI COMMEINHES

Né à Saint-Thibéry, (Hérault), le 7 avril 1921.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE

MM. AIMES, Professeur, *Président*.

JAMBON, Professeur,

BERT, Agrégé,

CADERAS DE KERLEAU, Agrégé.

Assesseurs

Imprimerie du Sud

J. RODRIGUEZ - BÉZIERS

1945

Personnel de la Faculté

Chaires :	Professeurs
Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.	CRISTOL.
Physique médicale.	PECH.
Anatomie pathologique et méd. expérim.	BAUMEL.
Microbiologie.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.	VIDAL.
Pathologie méd. et clinique propédeutique.	BOULET.
Clinique médicale.	L. RIMBAUD.
	GIRAUD, <i>doyen</i> .
	MASSABUAU,
	LAPEYRE.
Clinique chirurgicale.	
Clinique obstétricale.	
Clinique des maladies mentales et nerv.	EUZIERE, <i>doyen hon</i>
Clin. des mal. des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, <i>assesseur</i> .
Clinique gynécologique.	AIMES.
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clin. d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours :	
Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.

Professeurs Honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELT, RICHE.

Chargés d'Enseignements complémentaires

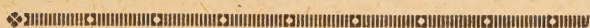
Microbiologie.	MONNIER, <i>agr.</i>	Pathologie propé-	
Hist. nat. médic.	CARRÈRE, <i>agr.</i>	dentique chir.	MOURGUE-
Pharmacologie.	HARANT, <i>agr.</i>		MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médic.	HARANT, <i>agr.</i>	— — — — —	TRUC, <i>agrégé</i> .
— — — — —	PUECH, <i>profes.</i>	Chirurgie expér.	ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeut. méd.	JANBON, <i>profes.</i>	Médecine opérat.	
Clinique interne.	P. RIMBAUD.	Accouchements.	CADERAS DE
Clin. des mal. cont.	BERT, <i>agrégé</i> .		KERLEAU, <i>agr.</i>
Chimie.	P. RIMBAUD, <i>ag.</i>	Stomatologie.	HOUPERT,
Clin. de la tuberc.	VIDAL, <i>profes.</i>		

Agrégés en exercice

	MM.		MM.
Médecine.	P. RIMBAUD.	Chirurgie.	MOURGUE-
—	BOUCOMONT.	—	MOLINES.
—	BERT.	—	ROUX.
—	LAFON; <i>ch. d'ag.</i>	Urologie.	TRUC.
Chimie.	MONNIER.	Accouchements.	CADERAS
Bactériologie.	CARRÈRE.		DE KERLEAU



**A propos d'un cas d'œdème
unilatéral du membre inférieur
au cours de la grossesse**





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0085

A MA MERE,

A MON PERE,

à qui je dois tout,
Bien faible témoignage de reconnaissance
et d'amour filial.

A MA FEMME,

dont l'amour sincère a toujours été pour moi
le plus sensible des encouragements.

A MA GRAND'MERE,

dont la vie sera toujours pour moi un
exemple de travail et de sacrifice.

A MA SŒUR GENEVIEVE,

Amour fraternel.

A MES GRANDS PARENTS,

In mémorian.

A MES BEAUX PARENTS,

Profonde affection.

MEIS et AMICIS,

A Monsieur le Professeur AIMES,
notre Président de Thèse
Hommages respectueux.

A notre Maître le Professeur Agrégé

CADERAS DE KERLEAU,

qui nous a enseigné l'obstétrique,
qui nous a dirigé dans ce travail,
Remerciements respectueux.

A MES JUGES,

Introduction

Nous n'avons pas l'intention de traiter dans un aussi court travail, les divers œdèmes qui peuvent se présenter chez la femme enceinte.

L'observation que nous avons recueillie lors de notre stage hospitalier dans le service de notre Maître le Professeur Agrégé CADERAS DE KERLEAU a été pour nous le point de départ d'un problème de diagnostic pathogénique à propos d'un œdème unilatéral du membre inférieur chez une primigiste à son dernier mois.

C'est cette discussion pathogénique que nous avons essayé de fixer dans les pages qui suivent.

Observation

Le 27 Octobre 1944 entre dans le service une jeune primigeste de 18 ans. Cultivatrice, dont les dernières règles ont été notées le 12 Février 1944, et qui sera vraisemblablement à terme le 22 Novembre 1944.

L'entrée dans le service est motivée par un œdème assez considérable du membre inférieur gauche.

Il y a huit jours environ la malade a eu une sensation douloureuse dans la région lombaire gauche avec irradiation vers la région inguino-crurale et la jambe gauches. A ce moment la marche est devenue difficile par suite de la douleur persistante. Cette douleur vive a persisté pendant 3 jours jusqu'au Samedi 21 Octobre. Le Lundi 23 Octobre après une marche de 8 kilomètres, nouvelle sensation de fatigue anormale à la jambe gauche. Le soir constatation de l'œdème et d'une tuméfaction anormale au niveau du triangle de Scarpa.

Sous l'influence du repos pendant 2 jours, cette tuméfaction du triangle du Scarpa a disparu mais l'œdème du membre inférieur persiste.

A L'INTERROGATOIRE,

la malade ne signale ni constipation, ni troubles urinaux fonctionnels.

A L'EXAMEN,

le membre inférieur gauche a gardé sa forme normale, mais il est considérablement augmenté de volume. C'est un œdème dur, paraissant prédominer au niveau de la cuisse. La circonférence de la partie moyenne de la cuisse gauche est plus grande de 7 centimètres que celle de la cuisse droite. La circonférence du mollet gauche l'emporte de 3 centimètres sur celle du mollet droit.

Légère hydarthrose du genou gauche ;

Les mouvements de la hanche gauche sont normaux.

Au niveau du triangle du Scarpa gauche, on perçoit quelques petits ganglions. Température 37 ° 3.

Le 30 Octobre on note une température égale aux deux jambes. Pas de moiteur au niveau de l'œdème. Légère cyano-se du membre prédominant au niveau du genou.

Le 31 Octobre, le Test d'Aldrich et Mac Clune donne les résultats suivants : pour la jambe gauche résorption de la boule d'œdème 4 à 5 minutes après l'injection,

pour la jambe droite persistance de la boule d'œdème 2 heures après l'injection.

Le 1^{er} Novembre, la mensuration répétée ce jour, à 20 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule donne une circonférence de 49 centimètres pour la cuisse droite et 55 centimètres pour la cuisse gauche. On pratique ce jour une infiltration à la novocaïne du sympathique lombaire gauche.

Le 3 Novembre, température 38° déclanchée sans doute par une poussée de bronchite aiguë. On note quelques râles bronchiques à l'auscultation.

Traitement. Cataplasmes potion benzoate de soude - codéine.

La mensuration à 20 centimètres au-dessus du bord supérieur de la rotule donne une circonférence de :

47 centimètres pour la cuisse droite et 53 centimètres pour la cuisse gauche.

Le 4 Novembre, on trouve 46 à droite, 51 à gauche.

L'œdème paraît avoir manifestement diminué.

L'hydarthrose du genou gauche a aussi considérablement diminué.

Le 5 Novembre, douleurs intermittentes dans le mollet.

Test d'Aldrich et Mac Clune :

Cuisse gauche boule d'œdème résorbée en 9 minutes.

Cuisse droite boule d'œdème non résorbée UNE HEURE et DEMIE après l'injection.

Le 14 Novembre, la malade accouche d'une façon assez rapide (8 heures) pour une primipare. Délivrance retardée UNE HEURE TROIS QUART avec un utérus très rétracté et hémorragie minime. Vulve et périnée déchirés restaurés par deux points de suture sous narcose au chlorure d'éthyle.

Nouveau-né : poids 3.010 grammes - Placenta 500 grammes - Quotient Foetoplacentaire = 1/6.

Les suites de couches ont été physiologiques.

Le 25 Novembre, le Test d'Aldrich et Mac Clune est répété :

Jambe gauche : résorption de la boule d'œdème 17 minutes après l'injection,

Jambe droite : résorption de la boule d'œdème 30 minutes après l'injection.

Le 29 Novembre, la femme se lève et n'a pas de réapparition de l'œdème.

Dans les ANTECEDENTS PERSONNELS de cette malade on a relevé une rougeole et une scarlatine dans l'enfance.

Un ulcère perforé de l'estomac en Août 1940, suivi d'une gastrectomie et une appendicectomie en Août 1944.

Dans les ANTECEDENTS FAMILIAUX :

Le père de l'enfant est en bonne santé.

Les collatéraux un frère et une sœur sont en bonne santé.

Les ascendants père et mère sont en bonne santé.

TENSION ARTERIELLE. — 13 1/2 - 7 1/2 le 27
Octobre 1944.

URINES. — Pas d'albumine pas de sucre.

Dans le sang azotémie normale.

B.W. négatif.

Sérine : légèrement en baisse 33, 56 par litre,

Globuline : 33,79.

Rapport $\frac{\text{Sérine}}{\text{Globuline}}$ abaissé à 0,99.

Valeur globulaire 33 %.

CLNA	{	Sang total 4,91	CL	{	Globulaire 1,92
		Globulaire 3,18			Plasmaticque 3,50
		Plasmaticque 5,79			Sang total 2,97

Rapport $\frac{\text{CL globulaire}}{\text{CL Plasmaticque}}$: 0,54

ŒDEME CARDIAQUE

Dans les affections cardiaques bien compensées la grossesse ne paraît pas avoir une tendance spéciale à produire des œdèmes.

C'est surtout dans le domaine de la petite circulation que peuvent se produire les accidents gravido-cardiaques : l'œdème aigu du poumon étant une des complications les plus sérieuses auxquelles sont exposées les femmes enceintes.

Dans notre observation, il n'est point question pour nous de nous arrêter à cette hypothèse d'un œdème cardiaque, notre malade ne présentant aucun signe auscultatoire et aucun antécédent dans ce domaine.

ŒDEME RENAL

Dans les NEPHRITES CHRONIQUES, sauf exception, une femme atteinte de néphrite chronique voit son état s'aggraver si une grossesse survient. Cependant les œdèmes importants sont rares sauf s'il s'agit d'une néphrite chlorurémique : ils sont discrets ou même absents en cas de néphrite azotémique. Dans l'ensemble la grossesse n'a pas tendance à augmenter considérablement les œdèmes néphritiques : ceux-ci sont de plus très influencés par le traitement. VORON & PIGEAUD ont insisté sur la gravité de pronostic des néphrites chlorurémiques lorsqu'une hypertension permanente s'y associe.

Chez notre malade l'absence totale de signes urinaires, l'absence d'hypertension artérielle, l'azotémie normale, le caractère soudain d'apparition de l'œdème, son unilatéralité nous ont permis de rejeter l'hypothèse de l'œdème rénal.

ŒDEME HEPATIQUE

L'absence de lésion hépatique (foie normal dans son volume, non douloureux, ni hypertrophié, ni atrophié, pas d'ascite, pas de circulation veineuse collatérale sur l'abdomen, pas d'ictère, pas de signes urinaires d'atteinte hépatique) nous a fait rejeter cette autre hypothèse d'œdème hépatique.

ŒDEME GRAVIDIQUE

L'œdème est avec l'albuminurie une des manifestations les plus fréquentes du dernier trimestre de la grossesse. C'est l'hydropisie généralisée ou localisée du tissu conjonctif interstitiel.

L'œdème gravidique a été rapporté :

- à la rétention chlorurée,
- à un déséquilibre protéidique avec tendance à l'hyperprotéïnémie,
- à un déséquilibre lipique avec hypercholestérimie et hyperlipidémie,
- à un phénomène vasculaire portant sur la tension vasculaire.

Il existe au cours de la grossesse un trouble dans le fonctionnement du lobe postérieur de l'hypophyse. Et l'hyperactivité du lobe postérieur entraîne un ensemble de faits qui explique le trouble du métabolisme de l'eau.

normale ; si celle-ci présente des œdèmes il descendrait jusqu'à 0,04. L'hydropisie physiologique peut s'établir à tout moment de la grossesse. Le plus souvent elle apparaît dans la deuxième moitié à partir de la trentième semaine. Elle progresse lentement, reste stationnaire ou régresse. Son évolution est fréquemment irrégulière. Habituellement on arrive à la faire disparaître plus ou moins bien ; parfois elle persiste, tenace jusqu'à l'accouchement. Après l'accouchement l'hydropisie disparaît vite avec la crise polyurique. Le pronostic est tout à fait bénin mais parfois on peut au cours de l'évolution d'un œdème simple assister à l'apparition d'autres signes tels que l'albuminurie, l'hypertension, traduisant un état d'éclampsie qui peut évoluer vers l'éclampsie. •

2°. — LE GROUPE DES ŒDEMES PATHOLOGIQUES MONOSYMPTOMATIQUES comprend des œdèmes qui quoique très prononcés constituent l'unique manifestation clinique. Il n'existe pas d'autres signes pathologiques.

Les œdèmes gravidiques simples sont plus ou moins prononcés mais ils ne font pas de la femme enceinte une malade : elle peut vaquer à ses occupations. L'œdème grave au contraire prend un tel développement et une telle extension que la gestante ne se meut qu'avec peine et doit garder le lit.

Circonstances étiologiques. — Les multipares en sont plus spécialement atteintes et l'œdème grave peut récidiver à chaque grossesse. Certains auteurs pensent qu'il existe simplement un facteur vasculaire constitutionnel spécial (hypoplasie du système vasculaire, en particulier des capillaires).

Localisation de l'œdème. — Il atteint non seulement les téguments et le tissu cellulaire sous cutané mais plus ou

moins toutes les parties du corps, les viscères et les cavités séreuses.

Particularités cliniques. — L'absence de transpiration est la règle. L'Hypothyroïdie a été notée. La diurèse est troublée comme dans l'œdème simple. Les fonctions des divers organes ne sont nullement altérées. Pas d'albuminurie, pas d'hypertension.

Evolution. — En général l'œdème grave s'établit insensiblement après un temps plus ou moins long d'œdème simple, mais quelques fois surtout chez la primipare son développement est très rapide. Il faut aussi noter que souvent il se manifeste assez précocément dès la première moitié de la grossesse. Habituellement la thérapeutique est sans effet : seules la diète déchlorurée et la restriction des liquides amènent souvent une amélioration ou tout au moins un terme à la progression du processus. La guérison survient spontanée complète et rapide après l'accouchement.

Pronostic. — Le pronostic maternel reste favorable tant que l'œdème ne s'accompagne pas d'autres symptômes. Le pronostic foetal est bon ; cependant on a noté des cas d'hydropisie généralisée du fœtus (RHEUTER). L'accouchement évolue correctement en général ; cependant l'œdème vulvaire peut retarder l'expulsion ; classiquement il favorise les déchirures étendues du périnée ; cependant certaines considèrent qu'il favorise au contraire son élasticité. L'œdème ne prédispose pas aux hémorragies de la délivrance et il semble même que ces femmes supportent plus facilement que d'autres une hémorragie sévère grâce à l'énorme réserve de liquide tissulaire.

3 . — Nous n'avons pas retenu comme possible cet œdème grave mono symptomatique, pas plus que les *AUTRES VARIÉTÉS SUIVANTES D'ŒDEMES PATHOLOGIQUES* :

au cours de l'*anémie pernicieuse gravidique* l'anasarque est un signe à peu près constant. Il ne présente rien de particulier si ce n'est sa tenacité et sa résistance à la diète déchlorurée.

L'*hydramnios* prédispose aux œdèmes de stase et réciproquement certains œdèmes graves se compliquent d'*hydramnios*.

Dans l'*hydropisie généralisée du fœtus* le gros volume de l'enfant entraîne comme les différentes causes de surdistension utérine de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Mais certains cas d'*hydropisie généralisée du fœtus* s'accompagnent d'un œdème maternel caractérisé par son intensité et son étendue. Rheuter a signalé l'intérêt des faits d'œdème généralisé du fœtus concordant avec une *hydramnios* mais il est difficile de préciser actuellement le rapport qui existe entre l'œdème foetal et l'œdème maternel.

Enfin les œdèmes accompagnés d'autres symptômes pathologiques à savoir : les *œdèmes de l'albuminurie gravidique*, de l'*éclampsie* et de l'*éclampsie avec hypertension* ont été écartés de notre discussion car nous n'avions aucun signe de toxémie : pas d'albumine dans les urines, pas d'hypertension artérielle.

ŒDEME PAR CARENCE

Nous citerons seulement pour mémoire les œdèmes par carence et nous en avons terminé avec les œdèmes de cause générale qui n'ont pas satisfait le diagnostic étiologique de notre observation en raison de la stricte localisation de l'œdème au membre inférieur gauche.

ŒDEME DE COMPRESSION

Parmi les œdèmes de cause locale nous avons pensé à un œdème de compression.

soit par un gros utérus,
soit par une tumeur pelvienne utérine ou extra-utérine,
soit par déviation utérine.

mais l'examen somatique de la malade et en particulier le toucher vaginal n'ont rien montré de positif dans toutes ces possibilités étiologiques.

ŒDEME DE STASE.

Après ces éliminations nous sommes arrivés à cette conclusion :

C'EST UN ŒDEME DE STASE, UN ŒDEME PAR OBLITERATION.

Et à ce propos nous avons eu à discuter la possibilité d'un œdème par *oblitération anatomique* à la suite d'une *phlébite* ou œdème par *oblitération fonctionnelle* à la suite d'un *spasme vasculaire* ; les résultats de l'interrogatoire et de l'examen de la malade nous ayant permis de rejeter l'idée de varices.

LES PHLEBITES au cours de la grossesse sont infiniment plus rares que celles des suites de couches. Il en a été relevé deux sur quarante mille accouchements dans le service de RUDAUX; la thèse de Henriette BUI QUANG CHIEU totalise dix observations inédites recueillies dans 3 services hospitaliers parisiens entre 1930 et 1934 représentant approximativement 40 à 50.000 accouchements.

La phlegmatia débute en général au cours des trois derniers mois de la grossesse du 7^{me} au 8^{me} mois. Elle survient aussi bien chez la primipare que chez la multipare. Elle se localise presque toujours à la jambe gauche.

Le début de cette phlébite est difficile à mettre en évidence car cette période classique préœdémateuse ne s'accompagne pas du même cortège bruyant de symptômes que la phlébite des nouvelles accouchées. Les signes cliniques sont réduits et risquent de passer inaperçus, d'autant plus qu'on y pense rarement. Bien souvent c'est par l'étude rétrospective de ces manifestations cliniques, par une analyse minutieuse des moindres signes qu'on arrive à établir le diagnostic.

Cependant il existe des signes qui doivent attirer l'attention. Le plus important est la douleur.

La douleur se manifeste d'une façon très variable aussi bien dans sa localisation que dans son intensité.

Caractères.

En effet tantôt l'interrogatoire de la femme nous apprend que sa gestation a évolué normalement jusqu'au 7^{me} mois ou au commencement du 8^{me}. Puis surviennent des douleurs vives localisées dans le bas ventre avec prédominance du côté du membre inférieur qui sera atteint. Ces douleurs sont permanentes sans présenter de caractères paroxystiques. Elles ont une durée plus ou moins longue et s'atténuent avec le repos.

Tantôt c'est une simple sensation de lourdeur de la jambe, de fourmillements, d'engourdissement donnant à la malade l'envie de remuer pour se «déroutiller» la jambe.

Tantôt ce sont des crampes localisées au mollet, à la cheville, sorte de spasmes musculaires très douloureux.

Siège.

La douleur peut siéger soit dans le bas ventre, dans la partie inférieure de la fausse iliaque du côté du membre atteint soit sur le membre inférieur, dans 3 zones d'élection :

La région rétrocrurale située à la base du triangle de Scarpà.

La région du mollet le long du trajet de la veine poplitée externe.

La région plantaire, en avant de la tête du calcanéum. Cependant souvent à la période initiale la douleur spontanée n'existe pas et seul l'examen méticuleux permet de réveiller le long des trajets veineux ses points douloureux.

L'impotence fonctionnelle n'est pas absolue. La malade éprouve plus de gêne que de douleur dans la majorité des cas.

L'œdème est l'autre signe majeur qui classiquement survient en même temps que la douleur ou peu après elle et vient alors confirmer un diagnostic jusque là hésitant.

Cet œdème débute à la racine du membre mais ne s'étend pas toujours de proche en proche pour gagner tout le membre. Bien souvent il apparaît en un point, reste stationnaire alors que d'autres zones d'infiltration se constituent.

C'est un œdème élastique. Quand on le déprime avec le doigt il ne forme pas de godet.

La peau est blanche, blâfarde, luisante.

À la palpation la peau est lisse et d'une moiteur spéciale.

La température locale est légèrement plus élevée du côté atteint.

On peut rapprocher de l'œdème l'hydarthrose du genou.

Cette hydarthrose est parfois si légère que le choc rotulien est difficile à percevoir.

Les signes généraux sont réduits au minimum en particulier en ce qui concerne la température et le pouls. La température est restée normale, ne dépassant pas $37^{\circ} 4$ à $37^{\circ} 5$ dans la plupart des cas signalés.

Le pouls est normal également.

Les troubles digestifs sont nuls ou peu marqués. L'examen des urines montre en général ni glucose ni albumine mais on y trouve parfois des colibacilles.

L'examen du sang montre une formule sanguine voisine de la normale.

Certes un tel tableau pouvait fort nous faire pencher vers l'idée d'une phlébite de la grossesse. Cependant les résultats rapides de la thérapeutique employée (infiltration anesthésique du sympathique lombaire) ont été pour nous un moyen diagnostique et nous ont fait penser au spasme vasculaire.

Gœdème par spasme vasculaire

Historique. — L'importance sans cesse croissante prise par les angio spasmes dans tous les domaines de la médecine à incité les accoucheurs à chercher si certains problèmes de physiologie et pathologie obstétricale ne pourraient trouver dans ces manifestations vasculaires souvent situées aux confins l'une de l'autre une solution satisfaisante.

Les ophtalmologistes furent les premiers frappés de l'apparition sur la rétine de claudications artérielles au cours de la grossesse.

HINSELMANN et ses élèves décelent dès 1932 chez la femme enceinte des spasmes capillaires veineux. C'est en 1936 que FRUHINSHOLZ publie une première étude d'ensemble sur les "spasmes vasculaires en pathologie obstétricale".

Il inspire l'année suivante la thèse de RICHON très documentée du point de vue clinique et expérimental. Et en 1945 FRUHINSHOLZ revient encore sur la question en publiant un "aperçu clinique sur la pathologie veineuse gravidico - puerpérale".

Les modifications humorales endocriniennes et neuro-végétatives caractéristiques du terrain gravidique agissent sur le tonus des vaisseaux qu'elles prédisposent aux spasmes.

1°. — MODIFICATIONS HUMORALES. — Ce sont :
l'augmentation de la masse sanguine.

Les variations du pH

de la calcémie

du rapport $\frac{K}{Ca}$

2°. — MODIFICATIONS ENDOCRINIENNES. —

Toutes les sécrétions internes sont stimulées par la grossesse. De nouvelles hormones apparaissent, hypophysaires, luteiniques, puis placentaires.

Le système chromaffine prend un développement important dans la médullo-surrénale et surtout de l'appareil pléochrome de WINIWARTER au contact même du plexus ganglionné pelvi-périnéal : la mise en circulation d'adrénaline est considérable.

Le rôle de l'hypophyse dans l'hypertension gravidique a été soutenue par de nombreux auteurs. Les hormones gonadotropes (lobe antérieur) et la vaso-pressine (lobe postérieur) étant tour à tour incriminées.

Il est toutefois possible comme RICHON l'a prouvé chez la chienne que l'extrait posthypophysaire sensibilise les vaisseaux à l'action constrictrice de l'adrénaline.

3°. — MODIFICATIONS DU SYSTEME NEURO-VEGETATIF.

De l'ensemble des travaux consacrés à la rétine il résulte que le système neuro-végétatif est d'une extrême labilité au cours de la grossesse, orientée dans le sens de la vagotonie au début, de la sympathicotonie à la fin ainsi que pendant le post-partum immédiat.

A côté des modifications générales de l'organisme il faut noter pour la sphère génitale une "susceptibilité vasculaire" accrue par le contrôle incessant des échanges foeto-maternels et par les variations de pression dues aux contractions utérines : elle explique certains angiospasmes utérins et leurs conséquences. La grossesse favorise donc l'éclosion de spasmes vasculaires mais ne suffit pas à elle seule à les déclancher. Elle apparaît plutôt comme une "cause occasionnelle venant libérer une aptitude préalablement inscrite dans le vaisseau".

Et FRUHINSHOLZ voit cette aptitude dans une "diathèse vasculaire" résultant de tares personnelles et surtout héréditaires où se retrouvent artériosclérose, hypertension, mal de BRIGHT, insuffisance hépatique, obésité, asthme, migraine, vésanie... et que domine selon FRUHINSHOLZ l'hérédo-syphilis.

Les intoxications chroniques, les dysendocrinies, les affections nerveuses doivent être aussi incriminées ainsi que les notions d'âge et de multiparité dont l'usure vasculaire progressive est l'habituelle rançon.

Les spasmes vasculaires peuvent apparaître pendant la grossesse, le travail et les suites de couches.

Ceux qui nous intéressent sont les spasmes vasculaires de la grossesse.

Ces spasmes vasculaires de la grossesse s'observent électivement au cours des 3 derniers mois.

Ce sont surtout des SPASMES ARTERIELS.

La claudication intermittente des membres en est la traduction clinique la plus banale et la plus fréquente.

Fourmillements, engourdissements, sensations de doigt mort, crampes douloureuses sont interprétés à tort comme des signes de gravidité et non comme symptômes pathologiques.

Or ces manifestations ne sont pas plus physiologiques que ne le sont les vomissements ou les varices.

Pour être plus rare qu'au membre inférieur la claudication des membres supérieurs n'en est que plus révélatrice. Certains angiospasmes des membres peuvent enfin se traduire par la constatation d'une abolition du pouls et de la chute de l'indice oscillométrique.

Les claudications cérébrales et sensorielles se manifestant sur le territoire d'artères révélatrices sont plus tapageuses : cécité, amauroses, hémianopsies, parésies, et paralysies le plus souvent localisées, convulsions généralisées ou de type jacksonien, aphasies et paralysies.

Tous ces syndromes durent de quelques minutes à quelques heures et disparaissent sans séquelles apparentes. Ils diffèrent en cela des suivants qui sont plus étendus, plus tenaces aussi et où le passage se fait insensiblement du trouble fonctionnel à la lésion.

La généralisation du spasme à tout l'arbre vasculaire aboutit à des syndromes de gravité croissante du fait de lésions produites par les paroxysmes hypertensifs dans certains organes fragiles déjà surmenés par les métabolismes gravifiques.

Premier stade, l'hypertension isolée se caractérise par une augmentation accusée de la minima avec abaissement de la différentielle. Ces caractères joints à une évolution capricieuse font entrevoir l'intervention spasmodique.

Un élément rénal se révèle lorsque l'albuminurie accompagne l'hypertension. L'hypertension apparaît alors soit comme la cause de l'albuminurie par perturbation de la circulation rénale spasmée, soit comme processus réactionnel dirigé contre une sclérose rénale légère génératrice d'albuminurie.

L'éclampsie évoque l'idée de spasmes vasculaires généralisés du fait de l'hypertension, de l'albuminurie, des œdèmes disséminés observés à la période d'éclampsisme, puis des lésions hémorragiques diffuses décrites dans différents viscères.

res et surtout dans le couple hépatorénal ; par la similitude enfin des accès convulsifs éclamptiques et des accidents épileptiformes observés chez certains traumatisés du crâne. Chez ces derniers il a été constaté en effet au cours des trépanations une vaso constriction corticale précédant les convulsions.

Dans le "drame vasculaire de l'apoplexie utéro placentaire" on arrive à considérer l'angio-spasme comme l'intermédiaire entre le "choc d'intolérance" déclanchant et le rap-tus hémorragique utérin qui en résulte.

LES SPASMES VEINEUX GRAVIDIQUES
sont moins bien connus mais existent indubitablement. Ce sont eux qui sont à l'origine d'œdèmes des membres simulant la phlébite, apparaissant et disparaissant rapidement.

Pour se faire une idée de ces spasmes veineux, il faut avoir un aperçu clinique sur la pathologie veineuse gravidopuerpérale.

Chez la femme enceinte, animal bipède, la circulation de retour pèse lourdement sur l'appareil veineux depuis ces origines capillaires jusqu'à la tricuspide. Cette mise en surcharge est précoce et progressive. La colonne sanguine récurrente fortement alimentée, doit lutter contre les courants et les remous des confluent veineux pelviens; elle stagne davantage à gauche où la veine iliaque primitive est enjambée par l'artère homologue du côté droit.

D'inévitables compressions interviennent à mesure que l'utérus se développe ; le développement veineux prend vite au niveau du bassin un caractère impressionnant presque monstrueux. Les réservoirs veineux sous diaphragmatiques sont en général relativement passifs devant cette inondation; leurs parois cèdent d'autant plus volontiers à la pression qui s'élève très vite que leur gaine musculaire propulsive et partiellement inhibée par les hormones gravidiques. Les résistances de la circulation de retour atteignent leur apogée pendant

le travail, au cours de l'expulsion, après quoi, la voie redevient libre, quoique encombrée d'une masse sanguine devenue subitement sans emploi. Si les conections endocriniennes et sympathiques sont bien réglées et bien dosées, l'adaptation du système veineux au changement instantané de régime vasculaire est immédiate et parfaite. L'involution anatomique de l'appareil veineux laisse celui-ci assoupli mais intact.

Voilà du moins ce qui doit se passer chez un sujet normal aux hormones bien réparties, aux réflexes vaso-moteurs, obéissant, sans tares vasculaires.

Or il nous semble qu'une bonne partie de la pathologie veineuse gravidopuerpérale procède du "terrain" prospecté par l'état de grossesse : ce terrain est celui où voisinent en proportions variables, la tare vasculaire, la tare endocrinienne, la tare vaso-motrice. C'est de là que la pathologie veineuse gravidique semble tirer son origine première. C'est sur ce terrain élu que la circulation de retour pourra le cas échéant accuser deux sortes de défaillances :

1°. — Des défaillances "fonctionnelles" (hypertonies et hypotonies),

2°. — Des défaillances lésionnelles (varices, thromboses).

Seules les défaillances "fonctionnelles" de cet appareil veineux nous intéressent dans ce travail.

Nous n'avons pas retenu l'idée de varices au cours de la discussion pathogénique de l'œdème du membre inférieur de notre malade.

Les défaillances "fonctionnelles" (hyper et hypotonies) doivent nous retenir.

Les veines comme les artères sont capables de faire des spasmes. RICHON de NANCY dans sa thèse de 1937, faisant une étude physiologique des spasmes vasculaires dans le domaine obstétrical a montré que le tonus veineux pouvait être influencé directement par les agents physiques parmi lesquels les stimulants mécaniques et thermiques, par les agents chimiques parmi lesquels l'équilibre acide-base, l'ion.

calcium, le CO_2 , le besoin d'oxygène sont au premier plan, par les agents humoraux avec en tête l'adrénaline, l'extrait post-hypophysaire, par les agents pharmacodynamiques avec l'acétylcholine, l'histamine, la pilocarpine, l'ésérine, la cocaïne, la strychnine, la caféïne.

Alors qu'une circulation de retour bien ordonnée garantit par sa tonicité la constance du débit cardiaque, une circulation de retour troublée par une hypo ou par une hypertonie de son système musculaire lisse risque de compromettre gravement le jeu cardiaque en faisant varier par défaut ou par excès le volume de l'onde systolique. C'est ce qui arrivera en particulier chez certaines vago ou sympathicotoniques, celles-ci allant plus volontiers aux spasmes, celles-là plus volontiers à une sorte de parésie veineuse. On pourra voir ainsi apparaître au cours de la grossesse des syncopes tenant à ce que le cœur n'étant plus alimenté par le réservoir veineux abdominal débordé sur place bat à vide. On verra de même surgir à l'occasion de la déplétion abdominale qui succède à l'accouchement les accidents redoutables du choc obstétrical, ou encore des phénomènes de collapsus grave succéder à des déperditions sanguines relativement faibles. D'autres fois les réactions sont de sens inverse : le réservoir veineux abdominal peut donner lieu par une action spasmodique d'origine probablement endocrinienne à une crise subite qui en une vague puissante est capable d'envahir non seulement le cœur droit mais jusqu'à la circulation pulmonaire et le cœur gauche. De tels accidents au premier rang desquels se place l'œdème pulmonaire surviennent de préférence chez les cardiaques (rétrécissement mitral surtout) avérées ou latentes à l'occasion du travail : ils ont même été observés dans des cas où le cœur ne montrait aucune lésion.

Tous ces troubles fonctionnels se rencontrent le plus souvent chez les individus marqués de certains stigmates physiques (osseux, oculaires, endocriniens dentaires, etc.) nettement apparentés avec ceux qu'on attribue à l'herédosyphilis diluée.

Certes les documents cliniques manquent dans notre travail pour être catégorique, mais malgré notre unique observation nous avons fortement penché pour le diagnostic de spasme pour les raisons suivantes :

1°. — Absence de certains signes importants de la phlébite :

température, pouls,
pas de signes pelviens.

2°. — impossibilité d'attribuer l'œdème à une cause
rénale,
cardiaque,
hépatique,
chirurgicale,

3°. — Présence de signes du type spasme : début par un syndrome de claudication intermittente ; résultat rapide et définitif de l'infiltration anesthésique du sympathique lombaire ;

Accouchement peu de temps après sans incident : pas de thrombose.

4°. — Certaine notion de labilité neuro-végétative :

- a) accouchement rapide = vagotonie.
- b) rétraction utérine importante.
- c) très faible hémorragie de la délivrance = sympathicotonie.

Quant à la genèse de ces spasmes vasculaires obsétricaux il n'est pas de notre sujet d'en discuter l'origine, mais nous pouvons dire qu'actuellement on pense que chez les femmes enceintes prédisposées par une hérédité vasculaire ou par une fragilité du système neuro-végétatif des modifications nouvelles sont apportées par le terrain humoral gravidique. Les vaisseaux perdent ainsi la souplesse fonctionnelle qui leur est nécessaire pour s'adapter en fin de grossesse à l'intense gymnastique vasculaire et il y a des spasmes.

Conclusion

Nous ne nions pas l'existence des phlébites de la grossesse. Nous nous sommes efforcés de faire ressortir le peu de signes pathognomoniques d'une phlegmatia-alba dolens : petits clochers thermiques vespéraux (signe de Michaelis) pouls grimpant en échelle (signe de Muller).

Mais nous avons attiré plus volontiers l'attention sur les œdèmes de la grossesse par oblitération fonctionnelle du vaisseau c'est-à-dire par spasme.

Nous avons montré le résultat heureux de l'infiltration anesthésique du sympathique lombaire dans cette variété d'œdème infiltration dont les résultats ne sont pas aussi stables dans le cas de phlegmatia-alba dolens.

Bibliographie

BANSILLON & PIGEAUD. — Phlébite du membre inférieur au cours de la grossesse (*Bull. Soc. obst. et gynéco. de Paris*, 1930).

BAR. — Traité de l'art des accouchements.

BUI QUANG CHIEU Henriette. — Les phlébites de la gestation (*Thèse de Paris* 1934).

CADERAS DE KERLEAU. — Spasmes vasculaires en obstétrique (*Montpellier Médical* 1939).

CHARPY. — Forme rare de phlébite pendant la grossesse et les suites de couches (*Thèse de Paris* 1902).

DICTEL H. — L'œdème au cours de la grossesse.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO CHIRURGICALE. — OBSTÉTRIQUE.

Tome I. — Les œdèmes de la grossesse.

Tome II. — Les phlébites de la grossesse.

FRUHINGHOLZ. — A propos de la phlegmatia alba dolens de la gestation (*Bull. de la Soc. d'Obst. et de gynéco. Mars* 1935).

FRUHINGHOLZ. — Angio-spasmes et gestation (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. Mai* 1935).

FRUHINGHOLZ. — Les spasmes vasculaires en pathologie obstétricale (*Paris Médical, Décembre* 1936).

FRUHINGHOLZ & J. RICHON. — Spasmes vasculaires et grossesse (*Gyn. et obst.* 1938).

FRUHHINSHOLZ. — Aperçu clinique sur la pathologie veineuse gravidopuerpérale (*Presse médicale*, Avril 1945).

GAFE. — Considérations sur la phlegmatia alba dolens puerpérale (*Thèse, Paris* 1873).

LAMBERT. — L'irradiation hypophysaire dans les œdèmes gravidiques.

LERICHE & J. KUNLIN. — Traitement immédiat des phlébites post opératoires par l'infiltration novocaïnique du sympathique lombaire (*Presse médicale*, Septembre 1934).

LEVY SOLAL & GAISSAZ. — œdèmes de la grossesse. (*Gyn. Obst.* 1935).

NIXON. — Œdèmes de la grossesse.

PAUCOT & BÉDRINE. — Phlegmatia alba dolens apyrétique de la grossesse. (*Bull. de la Soc. d'Obst. et Gyn. Mai* 1939)

PIGEAUD & VIALARON. — Œdèmes sans albumine au cours de la gestation.

RAMOND LOUIS. — Phlébite double chez une femme enceinte. (*Presse médicale. Juillet* 1930)

STRAUSS M. B. — Observations sur l'étiologie des toxémies de la grossesse. Le rôle primaire des protéines du plasma dans le conditionnement de la rétention hydrique et la formation de l'œdème dans la grossesse normale et toxémique.

RICNON J. — Les spasmes vasculaires dans le domaine obstétrical. (*Etudes cliniques et physiologiques. Thèse Nancy, Juillet* 1937).

VIGNES. — Maladies des femmes enceintes. (*Tome VI, Maladies des vaisseaux*).

VIGNES. — Les glandes endocrines et le système neuro végétatif pendant la gestation.
Semaine des hôpitaux de Paris 1927.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*A propos d'un cas d'œdème unilatéral
du membre inférieur au cours
de la grossesse.*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 17 Juin 1945.

Le Professeur,
AIMES.

Vu :

Montpellier, le 17 Juillet 1945.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 19 Juillet 1945.

Le Recteur,
MATHIAS,

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Table des Matières

<i>Introduction</i>	7
<i>Observation</i>	9
ŒDEME CARDIAQUE	14
» rénal	14
» hépathique	15
» gravidique	15
» par carence	19
» de compression	19
» de stase	20
» par spasme	23
<i>Conclusion</i>	31
<i>Bibliographie</i>	32

